



ООО ВКиЭ «8 чудо»

454000 г. Челябинск, ул. Энгельса, н/п № 6

р/сч 40702810307110004665 в ПАО «Челиндбанк»

К/сч 30101810400000000711 БИК 047501711

ИНН/КПП 7453193667/745301001 ОГРН 1087453002560

Утверждено приказом 05.09.2017
Директором ООО ВКиЭ «8чудо»
Кортаевой ОВ.

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, _____,
проживающий по адресу

_____,

паспорт: серия _____ номер _____, выдан

дата выдачи _____, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свободно, своей волей и в своем интересе и даю согласие ООО Врачебная косметология и электроэпиляция «8чудо», которое находится по адресу: г. Челябинск, ул. Энгельса, д 73 и г. Челябинск, ул Васенко, д 96, на автоматизированную и неавтоматизированную обработку моих персональных данных, в т.ч. с использованием интернет-сервисов Google analytics, Яндекс.Метрика, LiveInternet, Рейтинг Mail.ru, Google Doubleclick в соответствии со следующим перечнем:

- фамилию, имя, отчество;
- пол;
- дата, месяц, год рождения;
- номер телефона;
- адрес электронной почты;
- сведения медицинского характера;
- иная информация, относящаяся к определяемому Пользователю.
- источник захода на сайт <http://www.chudo74.ru> (далее – Сайт) и информация поискового или рекламного запроса;
- данные о пользовательском устройстве (среди которых разрешение, версия и другие атрибуты, характеризующие пользовательское устройство);
- пользовательские клики, просмотры страниц, заполнения полей на основании полномочий оператора; обеспечение защиты прав и свобод

человека и
гражданина

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

Оператор имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Я выражаю согласие на то, что:

- на территории оператора осуществляется видеонаблюдение и хранение записей видеонаблюдения с целью обеспечения безопасности;
- передачу оператором моих персональных данных третьему лицу, с которым заключен договор, для организации дополнительного обследования при необходимости.
- передачу оператором моих персональных данных третьему лицу, с которым заключен договор, для организации и обслуживания программного обеспечения по месту нахождения оператора
- на размещение от моего имени моих отзывов о клинике на сайте Оператора.

В процессе оказания оператором мне медицинской помощи я предоставляю право администраторам и медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору на оказание платных медицинских услуг, заключенному между мной и ООО «Семейная Клиника Александровская» направлять в ООО "Прогрессивные Медицинские Технологии-Лаборатория", мой биологический материал для выполнения анализов (проведение лабораторных исследований) с соблюдением мер, обеспечивающих защиту от несанкционированного доступа, при условии, что проведение лабораторных исследований будут осуществляется лицом (лицами), обязанным(и) сохранять профессиональную тайну. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного разрешения и до достижения целей, установленных до начала обработки данных, если

срок хранения не установлен законом. Если срок хранения установлен законом – по истечении срока хранения.

- до утраты правовых оснований обработки персональных данных.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

_____ подпись _____
расшифровка

Настоящее согласие дано мной _____ и действует